

三原市長様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※申請者本人が手書きした場合は、押印不要です。

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

三原市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金交付申請書

三原市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成要綱第7条第1項の規定に基づき、予防接種再接種費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 被接種者				
住 所	※申請者と同じ場合は記載不要です。			
氏 名	フリガナ			
生年月日	年	月	日	
2 申請額				
予防接種の種類・回数	接種年月日	窓口負担額 A	助成上限額 B	申請額 (AとBのうち少ない方の額)
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合計金額				円
※太枠内は記入しないでください。※助成上限額は各年度において予防接種の種類ごとに三原市が定めた金額となります。				
3 接種医療機関				
名 称				
所 在 地				
電話番号				
4 振込先				
金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所	
種別	普通・当座	口座番号	(フリガナ)	
			口座名義人	

添付書類

- 助成対象予防接種を実施した医療機関が発行した領収書及び明細書の写し（助成対象予防接種の種類が記載されたもの）
- 助成対象予防接種を実施したことが確認できるもの（母子健康手帳の写し、当該助成対象予防接種に係る予診票等）
- 振込先金融機関口座が確認できる書類